



Coaching zdrowia w chorobach somatycznych

Health coaching in somatic diseases

Anna Bartosiewicz^{1,A-B,D}, Renata Zarzycka-Bienias^{2,C,E-F}

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Polska

² Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Bartosiewicz A, Zarzycka-Bienias R. Coaching zdrowia w chorobach somatycznych. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/123035

■ Streszczenie

Wprowadzenie. Pojawienie się choroby somatycznej powoduje, że chory oraz osoby z jego najbliższego otoczenia są zmuszeni zmodyfikować większość planów życiowych. Wymaga to konstruktywnego podejścia do nowej sytuacji i uruchomienia nowych sposobów radzenia sobie oraz nowych mechanizmów przystosowawczych. Wskazane są przy tym: wypracowywanie jak najlepszych rozwiązań, uważność na pojawiające się liczne, często negatywne emocje i szukanie wsparcia u innych. Terapie wielu schorzeń skazane są na niepowodzenie, w przypadku gdy pacjent nie chce lub nie potrafi aktywnie włączyć się proces leczenia i zdrowienia.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie efektywności i skuteczności zastosowania coachingu zdrowia w rozwiązywaniu problemów oraz trudności występujących u pacjentów z chorobami somatycznymi.

Skrócony opis stanu wiedzy. Każda choroba, również somatyczna, stanowi ogromne wyzwanie dla człowieka i znacznie ogranicza jego dotychczasowe funkcjonowanie w zakresie rodzinnym, społecznym i zawodowym. Profesjonalny health coaching z holistycznym podejściem do pacjenta pozwoli uwzględnić wszystkie jego potrzeby, nakreślić cele, a także otworzyć się na wiedzę i nowe doświadczenia.

Podsumowanie. Na kształtowanie właściwego podejścia do zdrowia i choroby ma wpływ coaching zdrowia, znajdujący zastosowanie w licznych dyscyplinach medycznych, a wykorzystywane metody coachingowe pomagają pacjentom brać odpowiedzialność za własne zdrowie. Kluczową rolę w powodzeniu tego procesu odgrywają właściwie przygotowani w tym zakresie profesjonaliści.

■ Słowa kluczowe

choroba somatyczna, zdrowie, coaching, coaching zdrowia

■ Abstract

Introduction. The occurrence of a somatic disease means that the affected persons and their immediate surroundings are forced to modify most of their life plans. This requires a constructive approach to the new situation, and launching new ways of coping and new adaptation mechanisms. It is advisable to look for the best solutions, pay attention to numerous, often negative emotions, and seek support from others. Therapies of many diseases are doomed to failure if the patient is unwilling or unable to actively engage in the process of treatment and recovery.

Objective. The aim of the study is presentation of the effectiveness and efficiency of the use of health coaching in solving problems and difficulties occurring in patients with somatic diseases.

Brief description of the state of knowledge. Every disease, including somatic, is a tremendous challenge for an individual, and significantly limits his/her current functioning in the family, social and occupational spheres. Professional health coaching, with a holistic approach to the patients will take into account all their needs, outline goals and help open up to knowledge and new experiences.

Conclusions. Health coaching exerts an effect on the shaping of a proper approach to health and illness, and is used in many medical disciplines. The coaching methods applied help patients take responsibility for their own health. Professionals who are appropriately prepared in this area play a key role in the success of this process.

■ Key words

somatic disease, health, coaching, health coaching

WPROWADZENIE

Współczesna medycyna prezentuje holistyczne podejście do człowieka z uwzględnieniem wszystkich aspektów jego funkcjonowania [1].

Holizm – od greckiego słowa *holos*, oznaczającego *całość*

Adres do korespondencji: Anna Bartosiewicz, Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, ul. Rejtana 16C, 35-959 Rzeszów, Polska
E-mail: abartosiewicz@ur.edu.pl

Nadesłano: 05.02.2020; zaakceptowano do publikacji: 28.05.2020; opublikowano online: 15.06.2020

– wskazuje na konieczność traktowania człowieka jako niepodzielną całość, obejmującą jego ciało, umysł i ducha. Medycyna holistyczna nie skupia się tylko na niedomaganiu poszczególnego narządu, ale stara się poznać, jak w obliczu pewnej choroby czy dysfunkcji któregoś z narządów funkcjonuje i radzi sobie człowiek [1, 2]. Nie zadowala się samymi symptomami choroby, lecz poszukuje przyczyn jej powstania. Organizm człowieka stanowi funkcjonalną całość, która w przypadku wystąpienia jednostki chorobowej zostaje zaburzona, a dolegliwości dotyczą zarówno sfery psychicznej, jak i fizycznej [2–4]. Stanowisko to jest zgodne

z obowiązującą obecnie definicją zdrowia, wskazującą, że „zdrowie to nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności, lecz dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny” [5]. Każdy człowiek funkcjonuje w tych trzech wymiarach, dlatego tak ważna jest równowaga pomiędzy nimi, która warunkuje nasze zdrowie. Według hipotezy badaczy na zachorowanie na chorobę nowotworową bardziej narażone są osoby, które nie potrafią sobie radzić ze stresem, skrywają emocje i mają słabe relacje z najbliższymi [6, 7].

Metodologia

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie efektywności i skuteczności zastosowania coachingu zdrowia w rozwiązywaniu problemów i trudności występujących u pacjentów z chorobami somatycznymi.

W celu realizacji przedmiotu pracy i wykazania efektywności i skuteczności stosowania coachingu zdrowia w przypadku chorób somatycznych wykorzystano metodę analizy dostępnej literatury.

Korzystano m.in. z takich baz jak: CINAHL, Web of Knowledge, Web of Science, PubMed Central, Medline, PsycINFO, Scopus oraz Google Scholar.

W przedstawionych wyżej bazach wpisywano słowa, frazy oraz zdania zgodne z treścią i celem pracy, zarówno w języku polskim, jak i angielskim. Przeglądu piśmiennictwa dokonano na podstawie dostępnych w tym zakresie publikacji naukowych. Ostatecznie zgromadzono 57 pozycji piśmiennictwa.

COACHING ZDROWIA

Choroba somatyczna

Choroba jest nieodłącznym elementem ludzkiej egzystencji, jednak zawsze jest to sytuacja szczególnie trudna w życiu każdego człowieka, konfrontująca go z reguły niekorzystnymi zmianami w jego codziennym funkcjonowaniu [8]. Stwarza konieczność dokonania zmian dotychczasowej aktywności i korekty większości planów życiowych. W obliczu choroby pojawiają się nowe wyzwania ukierunkowane nie tylko na leczenie samej choroby, ale i na dostosowanie planów pacjenta do nowych okoliczności oraz zmierzenie się z potencjalnymi ograniczeniami, wynikającymi z danej jednostki chorobowej [9]. Rozpatrując potrzeby człowieka, należy uwzględnić te wynikające zarówno z potrzeby ciała, jak i ducha. Sfera psychiczna i cielesna człowieka oddziałują na siebie wzajemnie, stąd dysfunkcje psychiczne i somatyczne organizmu również wzajemnie na siebie wpływają [10]. Zaburzenia psychiczne mogą wpływać na pojawienie się zaburzeń somatycznych, z kolei występowanie schorzeń przewlekłych jednokrotnie staje się przyczyną rozwoju zaburzeń o podłożu psychicznym. Jak podają badania, osoby obciążone rozpoznaniem psychiatrycznym częściej doświadczają dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego, płuc czy chorób metabolicznych, takich jak cukrzyca [9–11]. Mechanizm ten działa również odwrotnie, bo aż w 20–35% pacjentów obciążonych przewlekłym schorzeniem somatycznym doświadczają zaburzeń psychiatrycznych [10]. Do chorób psychicznych, które szczególnie często powodują występowanie schorzeń somatycznych, zaliczamy schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową i depresję, ponieważ pacjenci nie wykazują chęci współpracy z lekarzem prowadzącym, nie stosują się do zaleceń i nie uczestniczą aktywnie w całym procesie leczenia i diagnozowania. Jest to powodem zbyt późnego

zdiagnozowania schorzeń somatycznych i podejmowania leczenia w momencie, kiedy proces chorobowy jest w pełni zaawansowany [12].

Choroba somatyczna to zatem zespół stresorów zakłócających dotychczasowe życie i funkcjonowanie człowieka, powodujących znaczny dyskomfort, będących źródłem bólu i cierpienia. To także zakłócenie ważnych potrzeb życiowych oraz uniemożliwienie realizacji dotychczasowych funkcji zawodowych, społecznych i rodzinnych, łącznie z pogorszeniem się sytuacji ekonomicznej [13]. Według Sęk sytuacja człowieka chorego zmienia się diametralnie, gdy stając się pacjentem i petentem służby zdrowia, zostaje pozbawiony wartości podmiotowych jako osoba [14]. Ta sytuacja nasila konieczność hospitalizacji i wszystkie konsekwencje z nią związane, jak utrata indywidualności oraz konieczność podporządkowania się regulaminom i sztywnym procedurom. Choroba niezależnie od trybu leczenia wymusza zmianę zasadniczych nawyków i wyuczenie się nowych powinności na rzecz zachowań prozdrowotnych, a dotychczasowe życie staje się życiem z chorobą [15]. Choroby somatyczne, często określane są mianem psychosomatycznych, ze względu na specyficzne zaburzenia działania organizmu ludzkiego pod wpływem silnych problemów psychologicznych, głównie emocjonalnych. Termin ten wprowadził w 1818 roku niemiecki psychiatra Johann Heinrich. Prowadząc badania w tym zakresie, twierdził, że sytuacje konfliktowe, frustrujące i gniew, zwłaszcza jeżeli są tłumione i przeżywane wielokrotnie, mają wpływ na nasze zdrowie i przyczyniają się do powstawania chorób psychosomatycznych [16]. I chociaż często brak dowodów na wpływ zjawisk psychicznych na występowanie konkretnej jednostki chorobowej, to liczne badania wskazują, że związek ten istnieje [17, 18].

Objawy somatyczne niejednokrotnie nie znajdują potwierdzenia w wynikach badań diagnostycznych, dotyczą one głównie dolegliwości bólowych mięśni, głowy, stawów, kręgosłupa i dolegliwości gastrycznych.

Wyróżnia się trzy aspekty tych objawów:

- objaw percepcyjny – kiedy pacjent doświadcza różnych objawów somatycznych,
- objaw poznawczy – to sytuacja, gdy pacjent uzmysławia sobie bezsens występowania danych objawów,
- objaw behawioralny – kiedy pacjent decyduje się na poszukiwanie pomocy medycznej w związku z pojawiającymi się objawami [19, 20].

Występowanie objawów somatycznych bez widocznego podłoża organicznego stanowi duże wyzwanie terapeutyczne i diagnostyczne zarówno dla pacjenta, jak i całego zespołu leczącego. Wspomniani wyżej pacjenci systematycznie odwiedzają placówki ochrony zdrowia a jako odbiorcy świadczeń zdrowotnych generują pokaźne koszty. Jak podaje amerykańskie badanie Epidemiologic Catchment Area Study oceniające występowanie objawów somatycznych, stanowią one powszechne zjawisko w populacji ogólnej, stając się przyczyną częstych wizyt w gabinetach lekarskich i przyczyną licznych hospitalizacji [21]. Niedające się zidentyfikować objawy somatyczne stwierdza się u jednego na pięciu pacjentów regularnie odwiedzających gabinety specjalistów, podobnie jest wśród pacjentów szpitali i klinik [22, 23]. Wyniki wskazują jednoznacznie, że 1/3 pacjentów kierowana na oddziały neurologii to osoby z objawami somatycznymi, z kolei stali bywalcy szpitali to aż w 19% pacjenci chronicznie somatyzujący [24, 25].

Lista schorzeń, w których powstawaniu znaczącą rolę odgrywają przeżywane przez pacjenta emocje, została stworzona przez amerykańskiego psychiatrę, psychoanalityka i jednego z współtwórców medycyny psychosomatycznej F.G. Alexandra w 1950 roku i nosi nazwę chicagowskiej siódemki [17]. Alexander uważał, że teoretycznie każda choroba jest psychosomatyczna, lecz podkreślał różnice w czynnikach, które doprowadzają do jej powstania. Chicagowska siódemka to grupa schorzeń, w której najczęściej zauważalny jest związek pomiędzy ich występowaniem a stanem ludzkiej psychiki [17]. Literatura anglojęzyczna określa te schorzenia mianem Holy Seven Psychosomatic Diseases, wymieniając m.in.: nadciśnienie tętnicze, zapalenie jelita grubego, astmę oskrzelową, reumatoidalne zapalenie stawów, nadczynność tarczycy, chorobę wrzodową żołądka i atopowe zapalenie skóry [26]. Obecnie do listy tych schorzeń włącza się również inne, których występowanie może być silnie powiązane z funkcjonowaniem ludzkiej psychiki, jak: zaburzenia snu i apetytu, otyłość, migreny, chorobę niedokrwinną serca, zaburzenia tikowe, różnego rodzaju uzależnienia, a także choroby autoimmunologiczne, jak toczeń rumieniowaty układowy [27].

Choroba somatyczna stanowi zatem pewnego rodzaju wyzwanie życiowe dla osoby, którą dotyka. Często wymaga uruchomienia przez pacjenta nowych sposobów radzenia sobie i zastosowania nowych mechanizmów przystosowawczych, których realizacja wiąże się z zachowaniami osoby chorej, mogącymi spotkać się z niezrozumieniem i dezaprobatą najbliższego otoczenia.

Aby lepiej zrozumieć osobę zmagającą się z chorobą, E. Kubler-Ross – amerykańska lekarka szwajcarskiego pochodzenia – wyróżnia 5 etapów choroby, które pomogą zrozumieć, co przeżywa osoba w trudnej sytuacji, jaką niewątpliwie jest choroba. I chociaż każdy ma własny sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach, to pewne elementy powtarzają się u większości osób:

Pierwsza faza to zaprzeczenie i izolacja. Z powodu braku akceptacji choroby pacjent neguje usłyszane informacje, wypiera je, domagając się powtórnej diagnostyki. Jest to reakcja obronna, często powodująca zmianę lekarza prowadzącego. Etap ten jest jednak przejściowy i stanowi formę obrony przed informacją o chorobie.

Druga faza to gniew. Przejawia się buntem i drażliwością, a nawet postawą pełną wrogości w stosunku do najbliższego otoczenia. W tej fazie bardzo ważne jest zrozumienie i okazanie wsparcia osobie chorej, co pozwoli na uniknięcie wielu niepotrzebnych konfliktów.

Faza trzecia to targowanie się. Mamy tutaj do czynienia ze składaniem obietnic, które osoba chora postara się wypełnić, gdy tylko ozdrowieje i jej stan ulegnie poprawie.

Faza czwarta to depresja. Pacjent jest przygnębiony, zrozpaczony, często izoluje się od otoczenia. Na tym etapie chory nie tyle potrzebuje pustych słów pocieszenia i obietnic, co wsparcia i towarzyszenia mu w tej trudnej sytuacji.

Piąta faza – pogodzenie. Chory akceptuje obecną sytuację, lecz jest często wyczerpany przebrnięciem przez wcześniejsze etapy choroby oraz samą jednostką chorobową. Następuje pogodzenie się z chorobą, bardzo ważne jest wsparcie udzielone mu przez osoby najbliższe, jak i wsparcie dla rodzin i opiekunów osób chorujących, zwłaszcza jeżeli choroba jest długotrwała i ma niepomyślne rokowanie [28]. Autorka wskazuje na możliwość zastosowania powyższych etapów przechodzenia przez chorobę również w odniesieniu do

innych trudnych sytuacji w życiu człowieka; mogą one stać się podstawą do budowania schematu pomocy dla osoby w potrzebie opartego na wsparciu i wyrozumiałości [29].

W obliczu każdej choroby, również somatycznej, bardzo ważne jest posiadanie wsparcia, budowanie dobrych relacji oraz komunikacja społeczna, które umożliwią przetrwanie w tym trudnym dla człowieka okresie. W sytuacjach określanych jako „trudne” zdarza się, że pacjent nie posiada właściwych strategii radzenia sobie, a dotychczasowa wiedza i siatka wsparcia społecznego wydają się niewystarczające. Wówczas pacjent poszukuje profesjonalnego wsparcia, aby zdobyć informacje, które pozwolą mu zbudować strategię działania na rzecz lepszego radzenia sobie w nowej, często trudnej sytuacji. Taką rolę mogą pełnić różne formy oddziaływania, zwłaszcza wsparcie terapeutów czy coachów zdrowia oraz edukacja zdrowotna [30].

W sytuacjach doświadczanych jako „trudne” zdarza się, że osoby nie posiadają właściwych strategii radzenia sobie, a dotychczasowa wiedza i źródła wsparcia okazują się niewystarczające [31]. Wówczas zdarza się, że chorzy poszukują profesjonalnego wsparcia, dzięki któremu zostaną wyposażeni w odpowiednie informacje i rozwiązania, które pozwolą im lepiej radzić sobie w określonych sytuacjach życiowych, zwłaszcza w obliczu choroby przewlekłej.

Taką rolę – obok wielu różnych form pracy z osobą potrzebującą – wydają się pełnić formy oddziaływania pedagogicznego, zwłaszcza wspieranie i edukacja zdrowotna, jak i coaching zdrowia. Bardzo istotna jest tutaj szeroko rozumiana edukacja zdrowotna, która pozwoli na nabycie takich umiejętności, które pozwolą pacjentom kierować własnym życiem. Edukacja zdrowotna obejmuje m.in.:

- rzetelnie przekazaną wiedzę na temat zdrowia, choroby i czynników za nie odpowiedzialnych,
- edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia,
- wspieranie ludzi w budowaniu własnej wartości,
- kształtowanie nawyków sprzyjających utrzymaniu zdrowia,
- przekazywanie wiedzy z zakresu radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- uczenie poszerzania świadomości i brania odpowiedzialności za własne zdrowie,
- uczenie umiejętności troszczenia się o własne zdrowie i realizacja wychowania do tzw. samotroski, będącej niejako obowiązkiem każdego człowieka [32, 33].

Dzięki tym działaniom pacjent zostanie zaangażowany w proces, który uczyni go wolnym i zdolnym wpływać na własne życie i zdrowie. Problemem w realizacji wspomnianych celów jest niejednokrotnie brak lub nieprawidłowa komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Odpowiedzią na te trudności jest coaching w ochronie zdrowia, będący dla pacjenta wsparciem w dbaniu o własne zdrowie i ożywiający jego trudne relacje z personelem medycznym działającym w ramach sztywnej struktury sektora ochrony zdrowia [30].

Coaching – coaching zdrowia

Coaching jest formą wspierania rozwoju, która jest realizowana poprzez cykl spotkań klienta z coachem, który poprzez aktywne słuchanie i umiejętne zadawanie pytań towarzyszy osobie w potrzebie, pomagając jej w odkrywaniu i wdrażaniu planu działania. Coach wspiera swojego klienta w odkrywaniu i wykorzystywaniu swojego potencjału, umożliwiającego

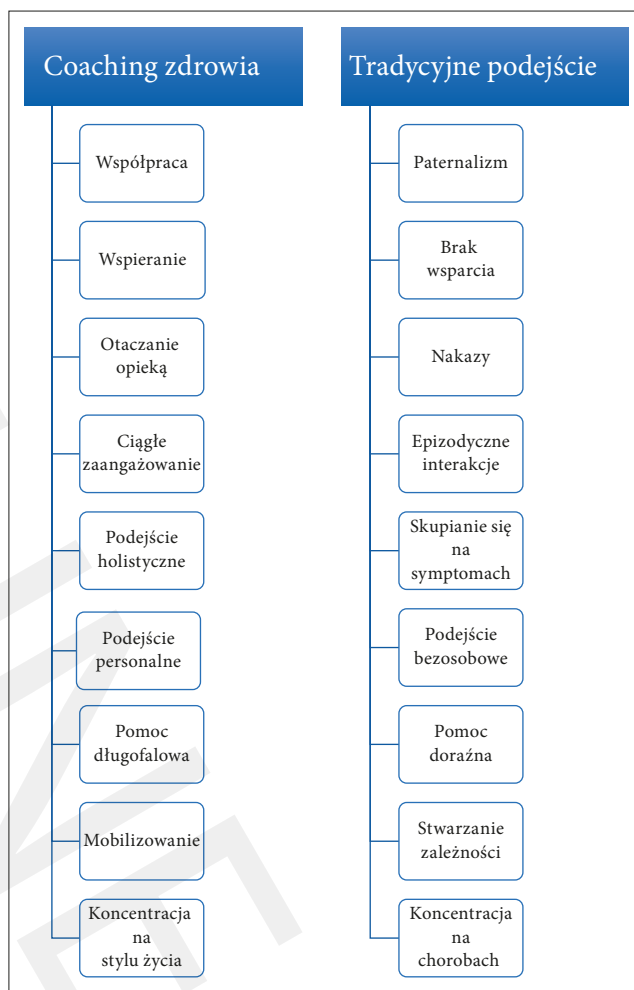
radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i dzięki temu podnoszenie jakości jego życia. Światowym autorytetem w dziedzinie coachingu i rozwoju osobistego jest David Clutterbuck, współzałożyciel Europejskiej Rady Mentoringu i Coachingu [34]. Termin „coach” był używany już od 1830 roku przez studentów Uniwersytetu w Oxfordzie, którzy w ten sposób określali swojego nauczyciela mentora przygotowującego ich do egzaminów. W 1861 roku termin ten został zastosowany w odniesieniu do trenera przygotowującego sportowców do zawodów [35]. Współczesne znaczenie słowa „coaching” w znaczeniu profesji rozwojowej rozpropagował angielski John Whitmore, popularyzując coaching jako zasady wywodzące się z dziedziny psychologii, biznesu i samorozwoju [36]. Pomimo iż coaching stosowany był już wiele lat temu, o czym świadczą przywołane powyżej przykłady, jest to dyscyplina bardzo młoda, której dynamiczny rozwój trwa dopiero od 20–25 lat [34].

Na całym świecie wielkim powodzeniem cieszy się *health & wellness coaching*, czyli doradztwo personalne w zakresie zdrowia. Jest to zrozumiałe w obliczu występowania wielu chorób cywilizacyjnych, w których terapia jest z góry skazana na niepowodzenie, gdy pacjent nie chce lub nie potrafi aktywnie włączyć się w proces leczenia [37]. Zadaniem coacha w tej sytuacji jest obudzenie w swoim podopiecznym potrzeby i chęci, aby stawić czoło sytuacji, w jakiej się znalazł [38]. Profesjonalny health coaching cechuje wspomniane już w tym artykule holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniające jego potrzeby i cele i pomagające mu otworzyć się na wiedzę i nowe doświadczenia [39].

Początki coachingu zdrowia sięgają początku lat 90. XX wieku i są związane z takimi metodami jak terapia poznawczo-behawioralna, rozmowa motywująca czy program 12 kroków, stosowanymi w pracy z osobami uzależnionymi. Badania przeprowadzone pod kątem skuteczności metod coachingu zdrowia okazują się bardziej profesjonalne niż inne formy coachingu ze względu na ich związek z naukami medycznymi, co potwierdzają badania Strachman z University of California [40]. Według brytyjskich badaczy ze Special Group of Coaching Psychology health coaching to edukacja, promocja i praktyka zdrowego stylu życia z wykorzystaniem technik coachingowych, mająca na celu wpływ na poprawę dobrostanu danej osoby i osiągnięcie przez nią zamierzonych celów [41]. Na korzyści płynące z coachingu zdrowia wskazuje także wieloletni popularyzator zdrowego stylu życia w Wielkiej Brytanii Simon Padgham, porównując wiele aspektów health coachingu do cech tradycyjnego podejścia do pacjenta w brytyjskich szpitalach [42], ryc. 1.

Niemieckie badania przeprowadzone na grupie ok. 10 tys. respondentów narażonych na hospitalizację udowodniły, że już pół roku współpracy z coachem znacznie wpłynęło na poprawę stanu ich zdrowia, a zachorowalność w badanej grupie zmalała o ponad 10%, co oprócz niewątpliwie najważniejszych korzyści związanych z poprawą stanu zdrowia przekłada się również na redukcję kosztów leczenia [43].

Głównym i najważniejszym zadaniem health coachingu jest rozbudzenie i podtrzymanie motywacji do zmian, czego warunkiem niezbędnym jest zaangażowanie ze strony osoby korzystającej ze wsparcia coachingowego, którą literatura określa mianem coachee. Coach zdrowia nie musi posiadać wykształcenia medycznego, jednak wiedza z zakresu medycyny będzie pomocna we właściwym prowadzeniu klienta przez zagadnienia związane z ochroną zdrowia. Jeżeli chodzi o zastosowanie i skuteczność coachingu zdrowia, to



Rycina 1. Opracowanie własne na podstawie Padgham [42]

powołując się na statystyki International Coach Federation (ICF), może my zauważyć, że poprawa kondycji zdrowotnej i fizycznej zajmuje mniej więcej środkową pozycję wśród wszystkich wskazywanych przez badanych korzyści wynikających z ich uczestnictwa w relacjach coachingowych. Jako najważniejszą korzyść klienci podają samoświadomość (67,6%), następnie sprecyzowanie wartościowych celów (62,4%) i bardziej zbalansowane życie (60,5%). W dalszej kolejności plasuje się zmniejszenie poziomu stresu (57,1%), samoodkrywanie (52,9%) i zwiększenie pewności siebie (52,4%). Dane są wynikiem globalnego badania ankietowego (Global Coaching Study), przeprowadzonego przez Pricewaterhouse Coopers na zlecenie ICF, z udziałem ponad 12 tys. respondentów z 117 krajów reprezentujących główne regiony świata [44]. Analiza przedstawionych danych pozwala na wysnucie wniosku, że health coaching jako gałąź coachingu bez wątplenia odpowiada na zapotrzebowanie społeczne w tym zakresie i może mieć rozległe zastosowanie w wielu sferach życia społecznego, zawodowego, wpływając na lepsze funkcjonowanie człowieka we wszystkich obszarach życia [45].

Kształcenie w zakresie coachingu zdrowia

Główną organizacją w USA certyfikującą coachów zdrowia jest National Society of Health Coaching (NSCH), które kierowane jest przez założycielki tego towarzystwa: M. Huffman i C. Miller – wieloletnich profesjonalistów w zakresie zdrowia publicznego. NSCH oferuje dwa rodzaje certyfikatów:

- certyfikat nadający tytuł coacha osobom związanym ze służbą zdrowia,
- certyfikat potwierdzający ukończenie kursu z zakresu coachingu zdrowia przez zainteresowanych z poza branży medycznej [46, 47].

Poruszane na kursie zagadnienia dotyczą stylu komunikacji, nauki umiejętnego słuchania, prowadzenia rozmów motywacyjnych, zarządzania stresem oraz zastosowania narzędzi pomiaru używanych w praktyce coachingowej. Popularność health coachingu w Stanach Zjednoczonych jest jednoznacznie związana ze specyfiką amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej, cechującego się niepublicznym charakterem świadczeń zdrowotnych i wysokimi kosztami prywatnych ubezpieczeń. Logiczne i bardziej opłacalne wydaje się tam zatem edukowanie społeczeństwa, a wszystkie formy promocji zdrowia, a także health coaching, wydają się wręcz konieczne [46].

Inną organizacją certyfikującą coachów zdrowia jest Instytut Wellness Doktora Searsa. Program realizowany jest w Instytucie podczas 6-tygodniowych kursów, które prowadzone są w 3 zakresach:

- Family coach – kurs szkolący do pełnienia funkcji asystenta rodziny,
- Expecting & Nursing Mom Coach – kurs adresowany głównie do personelu pielęgniarskiego i położniczego,
- Adults & Senior Coach – kurs stanowiący przygotowanie do edukowania osób dorosłych i seniorów [48].

Uprawnienia do prowadzenia coachingu w zakresie zdrowia można zdobyć również na wyższych uczelniach, jednak często wymogiem uzyskania takiego certyfikatu jest ukończona edukacja medyczna przynajmniej pierwszego stopnia (w zakresie medycyny, pielęgniarstwa, fizjoterapii, psychoterapii, zdrowia publicznego). W Polsce głównym obszarem działania coacha zdrowia jest obecnie dietetyka, a ściślej psychodietetyka, która jest nowym kierunkiem studiów oferowanym przez wyższe uczelnie. Studia te mają profil podyplomowy i trwają dwa semestry lub są prowadzone w trybie trzyletnich studiów licencjackich, dających pełne przygotowanie we wspomnianym zakresie [49, 50].

Coaching a inne formy pracy na rzecz wzmocnienia zdrowia

W wielu krajach, również w Polsce, można spotkać łączenie metod coachingowych z innymi treningami psychologicznymi i praktyką mindfulness – Mindfulness Based Stress Reduction [51]. Liczne badania przeprowadzone na ponad 20 amerykańskich uniwersytetach jednoznacznie wskazują na pozytywny wpływ medytacji na organizm człowieka. Badanie uczonych z Uniwersytetu Wisconsin Madison w tym zakresie potwierdza, że regularna praktyka medytacji zmienia aktywność genów odpowiedzialnych za stany zapalne w organizmie człowieka, wpływając tym samym dodatnio na odporność organizmu [52]. Innymi zjawiskami, które często łączone są z coachingiem zdrowia, są: „wellness”, wiążące się przede wszystkim z zachowaniem optymalnego poziomu zdrowia, i „well-being”, dotyczący całościowego odczuwania zadowolenia i dobrostanu z życia, co ściślej łączy się również ze wspomnianą wcześniej definicją zdrowia prezentowaną przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) [5, 53]. Metoda coachingu zdrowia znajduje zastosowanie w różnych dyscyplinach medycznych.

Wykorzystywane metody coachingowe pomagają pacjentom brać odpowiedzialność za własne zdrowie, a osobom sprawującym opiekę pozwalają być bardziej zorientowanymi na pacjenta, zaś efektywna komunikacja może okazać się czynnikiem wspomagającym proces leczenia i zdrowienia.

Podsumowanie i implikacje praktyki

Coaching zdrowia odgrywa istotną rolę w zmianie utrwalonego przez lata modelu sprawowania opieki zgodnie z postanowieniami Karty Ottawskiej [5]. Postawa zorientowana bardziej na edukację niż tylko na leczenie może przynieść wymierne korzyści społeczne i ekonomiczne. Jedną z możliwych perspektyw rozwoju coachingu zdrowia jest łączenie dziedzin medycznych i psychologicznych, jak chociażby psychoneuroimmunologii, szczególnie przydatnej w tzw. zarządzaniu stresem [54]. Liczne badania potwierdzają, iż coaching zdrowia może znaleźć zastosowanie nie tylko w edukowaniu, ale też wspieraniu procesu wychodzenia z chorób somatycznych i przewlekłych, oczywiście pod warunkiem odpowiedniego i fachowego przygotowania osób zajmujących się tą problematyką. Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez badaczy Oulu Research Center Medical University w Tajlandii dotyczącej efektywności health coachingu stosowanego u dorosłych pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi potwierdzają, że coaching zdrowotny jest skuteczną metodą edukacji pacjentów w zakresie leczenia chorób przewlekłych. Istotnie statystycznie wyniki stwierdzono w obszarach fizjologicznych, behawioralnych, psychologicznych i społecznych dorosłych pacjentów. Opieka zdrowotna była szczególnie skuteczna w zmienianiu stylu życia osób przewlekle chorych i poprawianiu ich skuteczności oraz ich stanu zdrowia fizycznego i psychicznego [55]. Nie potwierdzono natomiast skuteczności stosowanych programów promocji zdrowia i ich wpływu na zmianę stylu życia badanych [55]. Konieczne są badania w zakresie coachingu zdrowia, wskazujące korzyści tych interwencji, byłyby one przydatne w opracowywaniu zestawień kosztowych dotyczących zarządzania opieką przewlekłą.

Coaching zdrowotny to skuteczna metoda edukacji pacjentów, która może znaleźć się w programie kształcenia przyszłej kadry personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych i dietetyków) w ramach zajęć dotyczących komunikacji jako przygotowanie do dalszej pracy z pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej, gabinecie prywatnym i w szpitalu. Obecnie nie ma regulacji prawnych pozwalających na korzystanie z bezpłatnych usług coacha zdrowia w Polsce, jednak być może ze względu na wskazywane korzyści omawianej metody spotka się ona z aprobatą systemu zdrowia i znajdzie zastosowanie jako alternatywna forma wspierania pacjenta w chorobie. Ponadto coaching zdrowia może być wykorzystywany w promocji zdrowia do motywowania i skłaniania pacjenta do zmiany stylu życia oraz wspierania domowej opieki nad chorym.

Jedną z najczęściej stosowanych metod coachingowych w ochronie zdrowia jest model GROW (Goll, Reality, Options, Will). Model ten pozwala skupić się na rozwiązaniach, posiadanych zasobach, znalezieniu drogi do osiągnięcia celu oraz na poszukiwaniu motywacji do tego. Zadawane przez coacha na sesjach coachingowych pytania początkowo dotyczą ogólnych pojęć związanych ze zdrowiem, następnie bardziej szczegółowych celów zdrowotnych badanego. Wiedza o zdrowych nawykach, własnych emocjach i konsekwencjach podejmowanych lub niepodejmowanych

zachowań zdrowotnych stanowi komponent rozwoju i zmiany w coachingu zdrowia. Praca skupia się na 4 obszarach: fizycznym (sen, odżywianie, oddychanie, otoczenie, aktywność fizyczna), emocjonalnym (poznawanie i zarządzanie emocjami), intelektualnym (poczucie wpływu na swoje życie) oraz duchowym (poczucie koherencji i sprawczości). Dobre funkcjonowanie we wszystkich tych obszarach jest ważne dla zarządzania przez chorego własnym zdrowiem. Praca z pacjentem w tych obszarach stanowi punkt wyjścia dla skierowania jego umysłu na tory pozytywnego myślenia i rozpoczęcia zmiany [56]. Praca coacha polega przede wszystkim na zadawaniu pytań, które mają pobudzać pacjenta do wyciągania własnych wniosków i poszukiwania rozwiązań [56]. W najlepszym przypadku coaching zdrowotny wspiera pacjenta w kontrolowaniu masy ciała, motywuje go do zwiększenia aktywności fizycznej i poprawy stanu zdrowia fizycznego i psychicznego [57, 58].

Jak w przypadku każdej dziedziny pomocowej istnieje niebezpieczeństwo, że health coachingiem zajmą się osoby nie do końca do tego przygotowane, dlatego bardzo ważna jest rzetelna edukacja i szkolenie przyszłych coachów, określenie fundamentalnych standardów, które przy współpracy szkolnictwa wyższego i ustawicznego mogą w niedalekiej przyszłości uczynić coaching i jego odmiany bardziej przejrzystymi, a w przypadku coachingu zdrowia – bardziej bezpiecznym dla potencjalnych klientów.

PIŚMIENNICTWO

- Letkiewicz S. Holistyczne podejście lekarza do pacjenta. *Przeegl Urol.* 2012; 72(2): 39–41.
- Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii.* 2012; 93(4): 682–686.
- Morcom L. Indigenous holistic education in philosophy and practice, with wampum as a case study. *Foro de Educ.* 2017; 15(23): 121–138.
- Papaoikonomou E, Ryan G, Ginieis M. Towards a holistic approach of the attitude behaviour gap in ethical consumer behaviours: Empirical evidence from Spain. *Int Adv Ec Res.* 2011; 17(1): 77–88.
- Potvin L, Jones C. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Can J Pub Health.* 2011; 102(4): 244–248.
- Rolińska A, Furmaga J, Czyżewski W. Wpływ stresu na układ odpornościowy w przebiegu choroby nowotworowej z perspektywy biomedycznej. *Psychoonk.* 2017; 21(2): 58–65.
- Kozińska B. Przywiązanie a strategię przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w grupie kobiet z rakiem piersi. *Psychoonk.* 2013; 17(1): 1–9.
- Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiologica.* 2011; 6(4): 244–248.
- Otlewska A. Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych. *Med. Og Nauk Zdr.* 2018; 24(1): 54–58.
- Kiejna A et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psych Pol.* 2015; 49(1): 15–27.
- Uhlenbusch N, Löwe B, Härter M, Schramm C, Weiler-Normann C, Depping M. Depression and anxiety in patients with different rare chronic diseases: A cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2019; 14(2): e0211343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211343>
- Dornquast C, Tomzik J, Reinhold T, Walle M, Mönter N, Berghöfer A. To what extent are psychiatrists aware of the comorbid somatic illnesses of their patients with serious mental illnesses? – a cross-sectional secondary data analysis. *BMC Health Ser Res.* 2017; 17(162): 1–8.
- Heszen I, Sęk H. Zdrowie i choroba w paradygmacie stresu psychologicznego. In: I Heszen, H Sęk, eds. *Psychologia zdrowia.* Państwowe Wydawnictwo Naukowe: Warszawa; 2007; 141–159.
- Sęk H. Psychologia zdrowia i choroby. In: H Sęk, ed. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001; 213–250.
- De Vibe M et al. Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Med Educ.* 2013; 13(1): 107.
- Steinberg H, Herrmann-Lingen Ch, Himmerich H, Heinroth J. Psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psych Danub.* 2013; 25(1): 0–16.
- Tudorowska M. Problematyka medycyny psychosomatyki – od historii do współczesności. The issue of Psychosomatic Medicine – form history to nowadays. *J Educ Health Sport.* 2016; 6(6): 121–134.
- Basińska M, Waraksa-Wiśniewska M, Andruszkiewicz A. Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol Dial Pol.* 2014; 18: 28.
- Murakami M, Nakai Y. Current state and future prospects for psychosomatic medicine in Japan. *BioPsych Soc Med.* 2017; 11(1): 1.
- Nitchz K et al. Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza. *Psychiatria.* 2015; 12(2): 77–84.
- Kroenke K et al. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psych.* 2010; 32(4): 345–359.
- Morris R et al. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention. *BMC Fam Prac.* 2012; 13(1): 39.
- Bass C et al. Brain injuries from blast. *Ann Biom Eng.* 2012; 40(1): 185–202.
- Kisely S et al. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochr Datab Syst Rev.* 2015, 6.
- Fjorback I et al. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Ac Psych Scand.* 2011; 124(2): 102–119.
- Kimball Ch. Conceptual developments in psychosomatic medicine: 1939–1969. *Ann Int Med.* 1970; 73(2): 307–316.
- Bajcar A, Tylka J. Przystosowanie do choroby niedokrwiennej serca – rola zasobów osobistych. *Post Psych Neurol.* 2014; 23.1: 32–40.
- Kübler-Ross E. *Living with death and dying.* Simon and Schuster; New York 2011.
- Kübler-Ross E. *Questions and Answers on Death and Dying: a companion volume to on death and dying.* Simon and Schuster; New York 2011.
- Włoszczak-Szubda A, Jarosz MJ. Pacjent – choroba – medyk. Znaczenie i rola w komunikacji. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(2).
- Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. In: H Sęk, R Cieślak, eds. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* PWN, Warszawa; 2006.
- Bioczkowski A et al. Społeczne problemy opieki zdrowotnej nad pracującymi. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica.* 2013; 45: 65–82.
- Kustra C, Kowalczyk M. Samotroska jako cel oddziaływań andragogicznych. *Rocz Andragog.* 2011.
- Raport Izby Coachingu – Geniza coachingu. Warszawa; 2019. <https://www.izbacoachingu.com/wp-content/uploads/2019/Raport%20IC%20-%20Geniza%20coachingu.pdf> (dostęp: 20.12.2019).
- Wujec B. Geniza i definicje coachingu. *Coach Rev.* 2012; 1(4): 4–28.
- Mazur C. The coaching revolution in the federal government. *Pub Manag.* 2014; 43(4): 20.
- Steptoe A, Deaton A, Stone A. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet.* 2015; 385(9968): 640–648.
- Moore M, Jackson E. *Health & Wellness Coaching. Comp Handbook Coach.* 2014, 313–328.
- Jordan M et al. National training and education standards for health and wellness coaching: the path to national certification. *Glob Adv Health Med.* 2015; 46–56. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.039>
- Strachman A. Close relationships. In: SJ Lopez, ed. *The Encyclopedia of Positive Psychology.* Wiley-Blackwell, Massachusetts; 2009.
- Palmer S, Tubss I, Whybrow A. Health coaching to facilitate the promotion of healthy behavior and achievement of health-related goals. *Int J Health Prom Educ.* 2011; 41(3): 91–93.
- Padgham S. Education, Patient, Health Coaching: Creating and Sustaining Lasting Change in Patient Health. *Positive Health.* 2012. <http://www.positivehealth.com/article/health-and-life-coaching/health-coaching-creating-and-sustaining-lasting-change-in-patient-health> (dostęp: 20.12.2019).
- Alexander L. *How to Incorporate Wellness Coaching Into Your Therapeutic Practice: A Handbook for Therapists and Counsellors.* London and Philadelphia, Singing Dragon; 2011.
- Global Coaching Study, International Coach Federation. <https://coachingfederation.org/app/uploads/2017/12/2012ICFGlobalCoachingStudy-ExecutiveSummary.pdf>. (dostęp: 20.12.2019).

45. Deręgowska J. Coaching jako wyraz otwartości na potrzebę rozwoju pacjenta chorego onkologicznie. *Pielęg Pol.* 2016; 3(61).
46. Huffman M, Miller C. Evidence-based health coaching for healthcare providers. Winchester, TN: Miller & Huffman Outcome Architects, LLC, 2013.
47. Miller C. Health coaching. *H Healthcare N.* 2014; 32(7): 438–439.
48. Gazioğlu E, Ilgar S. Guidance for teachers and prospective teachers. *Peg Cit Ind.* 2018; 001–414.
49. Donner G, Wheeler M. Coaching in Nursing. Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing. ICN: Geneva; 2009, 38.
50. Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny – SWPS. Zasady rekrutacji i kształcenia z zakresu coaching zdrowia. <https://www.swps.pl/oferta/warszawa/podyplomowe/psychologia-psychoterapia/psychodietetyka> (dostęp: 20.12.2019).
51. Bjornstad S, Patil G, Raanaas R. Nature contact and organizational support during office working hours: benefits relating to stress reduction, subjective health complaints, and sick leave. *Work.* 2016; 53(1): 9–20.
52. Zemełka A. Wypłatając sieć. Wpływ medytacji na kondycję mózgu. *Słow.* 2017; 10: 19–24.
53. Hood L, Lovejoy J, Price N. Integrating big data and actionable health coaching to optimize wellness. *BMC Medicine.* 2015; 13(1): 4.
54. Lindahl A, Vege A, De Vibe M. Patient orientation and quality improvement for coordinated care Anne Karin Lindahl. *Eur J Pub Health.* 2014; 24. Suppl. 2.
55. Kivela K et al. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Pat Educ Couns.* 2014; 97(2): 147–157.
56. Zarzycka-Bienias R. Model GROW, jako pomoc w realizacji celów uczniów i nauczycieli w szkole, dla zespołów sportowców, kadry kierowniczej i pracowników oraz w życiu prywatnym. *Karp Przeg Nauk.* 2018; 4(28): 39.
57. Suniyadewi N, Faidah N, Sukraandini N. Empowerment of The Community Through Integrated Coaching Post For Non-Communicable Disease. *Comment: Int J Comm Develop.* 2019; 2(1): 19–22.